

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE ^{N°} 402

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Guy, Henri, Robert VIGEZZI

Né le 25 Mars 1927, à CHAUNY (Aisne)

présentée et soutenue publiquement le

LE VIEILLISSEMENT
DE LA POPULATION
EN FRANCE

Président : Monsieur le Professeur L. BINET
Doyen de la Faculté de Médecine

D. P. TAIB

8, Rue Casimir - Delavigne
PARIS - VI

1958

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1958

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Guy, Henri, Robert VIGEZZI

né le 25 mars 1927 à Chauny (Aisne)

--

Présentée et soutenue publiquement
le



--

LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION
EN FRANCE

--

Président : Monsieur le Professeur L. BINET
Doyen de la Faculté de Médecine

--

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1958.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, BROCC, CADENAT, CHABROL, CHAMPY, CHEVALLIER, CHEVASSU, DEBRE, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, HAZARD, HEUYER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MONOD, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, STROHL, TANON, VELTER.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie app. à l'Education phys. } et aux Sports	} CHAILLET-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie méd., sociale	BERNARD J.
Carcinologie	REDON
Chimie Méd.	JAYLE
Clinique Chir.	{ Hôtel-Dieu MENEGAUX
	{ Salpêtrière MOULONGUET
	{ Cochin QUENU
	{ Beaujon SICARD
Clinique Chir. cardio-vasculaire	G. d'ALLAINES
Clinique Chir. réparatrice et } orthop.	} MERLE d'AUBIGNE
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN
Clinique Chir. infantile et } d'orthop.	} FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.	MATHEY
Clinique de la Tuberculose	BERNARD Et.
Clinique de neuro-chir.	PETIT-DUTAILLIS
Clinique de Puéricult.	LELONG
Clinique des maladies cutanées } et syphilitiques	} DEGOS
Clinique des mal. du sang	MARCHAL
Clinique mal. du système nerv.	ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enf.	CATHALA
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET

MM.

Clinique des Maladies mentales et de l'encéphale	)} DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	)} BOULIN
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO
	{ BARIETY
Cliniques Médicales	{ JUSTIN-BESANÇON
	{ MOREAU
	{ de GENNES
Clinique Méd.hydro-clim. et thérap.	DEBRAY
Clinique médicale propédeutique	{ PASTEUR-VALLERY
	{ RADOT
	{ LANTUEJOUL
Cliniques obstétricales	{ VARANGOT
	{ LACOMME
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	TURPIN
Hygiène et Méd. Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine Légale	PIEDELIEVRE
Parasitologi et hist.nat.Méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	JULIEN MARIE
Pharmacologie et matière méd.	CHEYMOL
Physico-chimie méd.	N...
Physiologie	BINET
Physique médicale	DOGNON
Problèmes alimentaires (ch.t.pers.)	HAMBURGER
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	BROUET
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.			MM.	
Anatomie	{ CABROL		{ DUBOST	
	{ DEBEYRE		{ FAUREL	
	{ DELMAS		{ FLABEAU	
	{ OLIVIER G.		{ GERMAIN	
	{ Melle GAU-	Pat. chir.	{ GOSSET	
Ana.Path.	{ THIER V.		{ LAURENCE	
	{ BUSSER		{ LORTAT-JACOB	
	{ GOUYGOU		{ OLIVIER (Cl.)	
Bactério-)	{ CHRISTOL		{ POILLEUX	
logie)	{ NEVOT		{ THONERET	
Biol. Méd.	{ BOURLIERE		{ VERNE (J.M.)	
Chimie méd.	{ ETTORI	Pat. expéri-	{ MAURICE	
	{ POLONOVSKI J.	ment.	{ LOEPPER	
Dermato-syph.	{ DUPERRAT		{ BOUVIER	
Embryologie	{ TUCHMANN		{ BOUDIN	
Histologie	{ COUJARD		{ BRICAIRE	
	{ N.		{ BRISSAUD	
Hydrologie	{ CORNET		{ CASTATGNE	
Hygiène	{ BOYER		{ CONTE	
	{ DEPARIS		{ DEROT	
Mal.infect.	{ BASTIN	Path.Med.	{ DOMART	
Médecine)	{ DEROBERT		{ LAMOTTE	
légale et	{ GAULTIER		{ LAROCHE	
du Trav.)	{ HADENGUE		{ MACREZ	
Neurochir.	{ DAVID		{ MILLIEZ	
Neurologie	{ LHERMITTE		{ PEQUIGNOT	
	{ GRASSET		{ PERRAULT	
	{ LE LORIER		{ RAMBERT	
Obstétrique	{ LEPAGE		{ ROYER	
	{ MERGER		{ THIEFFRY	
	{ MORIN		{ TURIAF	
	{ RAVINA		{ WOLFROMM	
	{ ROBEY		{ POLONOVSKI Cl	
Ophtal-)	{ BREGEAT	Pédiatrie	{ MOZZICONACCI	
mologie)	{ DESVIGNES		{ JOSEPH	
Orthopédie	{ JUDET	Pharmacol.	Melle LEVY	
Oto-rhino-)	{ AUBRY		{ BARGETON	
laryngol.)	{ MADURO	Physiol.	{ DEJOURS	
Parasito.	{ BRUMPT		{ PARROT	
Parasito.col.	{ CHABAUD	Physique)	{ DJOURNO	
	{ ABOULKER	Médicale)	{ GOUGEROT	
	{ BARCAT	Pneumo-phtis.	{ KREIS	
Pat. chir.	{ BAUMANN	Psychiatrie	{ BARUK	
	{ CAUCHOIX		{ PICHOT	

MM.

MM.

Psych.infant. N...
 Rhumatologie DELBARRE
 Stomato. { CHAPUT Mme
 { CERNEA

Urologie KUSS
 Thérapeut. CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
 ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
 pour le Service des Examens

M. LE LORIER.

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
 AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
 A TITRE PERMANENT

MM.

MM.

Clin.Chir. { AMELINE
 { HUGUIER
 { LEGER
 { PADOVANI
 { ROUX
 Clinique) { ECALLE
 obstét.) { MAYER
 Clin.opht. OFFRET

Urologie N...
 Clinique Méd. { DREYFUS
 { HAGUENAU
 { KOURILSKY

Secrétaire de la Faculté M. MOREL
 Secrétaire-Adjoint Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef Dr HAHN
 Conservateur Melle GOICHON
 { Melles DUMAITRE
 { LE NOIR
 { LAURENT
 { QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
 l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
 dissertations qui lui seront présentées, doivent
 être considérées comme propres à leurs auteurs
 et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
 ni improbation.

A la Mémoire de mon Père

A qui je dois tout.

A ma Mère

Avec toute mon affection

A ma Femme et à ma Fille Marie,

Avec toute ma tendresse.

A ma Famille

A tous mes Amis.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545923_0030

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Léon BINET

Doyen de la Faculté de Médecine de
Paris,
Professeur de Physiologie,
Membre de l'Institut,
Président de l'Académie des Sciences,
Membre de l'Académie Nationale de
Médecine,
Grand' Croix de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

En hommage de respectueuse
reconnaissance.

A Messieurs les Docteurs BRUNETON et
VANDERPOOTEN

Chirurgiens de l'Hôpital de Montmorency

A Monsieur le Docteur Robert LAMY

Médecin de l'Hôpital de Montmorency

En remerciement de leur
enseignement.

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine
et des Hôpitaux de Paris

Hommage respectueux.

A mon Jury de Thèse.

LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION
EN FRANCE

- :-

INTRODUCTION

-:-

Amorcé au début du siècle, le vieillissement de la population s'est considérablement accentué ces cinquante dernières années, selon une courbe qui continue à s'élever de plus en plus rapidement.

En d'autres termes, la longévité augmente, l'espérance de la vie à la naissance a pratiquement doublé, et la composition actuelle de la population, par catégorie d'âges, s'est totalement transformée.

Il semble d'ailleurs que cette augmentation de la longévité ait chronologiquement précédé la naissance d'une science nouvelle, la gérontologie, créée sans doute pour les besoins nouveaux de cette catégorie de sujets représentée par les vieillards ; mais, par un bénéfique cercle vicieux, il est évident que la gérontologie, non seulement bénéficie de l'expérience offerte par la multiplication actuelle des vieillards, mais encore, à son tort, favorise l'allongement de la vie, et améliore les conditions dans lesquelles celle-ci s'effectue.

"Ajouter de la vie aux années", plus encore qu'ajouter des années à la vie, cet aphorisme de MOORE a été maintes fois repris au compte des auteurs qui se sont occupés de la vieillesse.

En effet, et cela se comprend d'emblée, l'accroissement de la longévité va de pair avec

une amélioration de l'état de nombreux vieillards, et le fait que le nombre des octogénaires s'est accru rend compte qu'à soixante ou soixante dix ans, si l'état de santé est satisfaisant, il n'y a plus aucune raison de se considérer comme un vieillard. La définition du vieillard : "celui qui a dix de plus que moi", se justifie actuellement mieux que jamais.

Du point de vue médical, qui est le nôtre, une branche essentielle de la gérontologie, la gériatrie, est venue s'inscrire dans une évolution plus vaste des sciences médicales. Nous voulons parler de la médecine fonctionnelle, l'utilisation et le rendement d'un appareil ou organe étant de plus en plus considérés comme primant l'état organique de cet appareil ou de cet organe. L'évolution générale actuelle est bien orientée vers ce dynamisme qui se développe au détriment du statique.

Dans le cas particulier de la vieillesse, on est arrivé à considérer l'organisme comme ayant acquis au cours des ans un nouvel équilibre, qu'il serait vain de comparer à celui du sujet adulte, comme on ne saurait adopter de communes mesures entre l'enfant et l'adulte. Ce qui sépare la pédiatrie de la médecine, sépare également la gériatrie de cette médecine courante.

Si actuellement on édicte des considérations de cet ordre, en fait l'expérience avait montré, depuis longtemps déjà, qu'il aurait été non seulement inutile, mais nuisible, de tenter de ramener les constantes biologiques, les indices physiologiques du vieillard aux taux observés à l'âge adulte. Ce qu'il faut obtenir chez le vieillard, c'est un ensemble fonctionnel particulier, souvent propre à

à chaque cas d'ailleurs, et compatible avec un certain degré d'activité physique et mentale. Mais pour arriver à placer le vieillard dans les conditions matérielles et morales optima, lui permettant de conserver cet équilibre particulier et d'exercer son activité, il faut évidemment résoudre maints problèmes individuels et généraux ; et si certains privilégiés réalisent cette fin de vie dans les conditions optima, d'autres, moins favorisés, sont obligés par des déficiences physiques, par une réduction de leurs moyens financiers, par des circonstances familiales particulières, solitude en particulier, de rechercher des solutions beaucoup moins heureuses, et d'accepter une vie de collectivité parfois pénible, parfois aussi bien adaptée à ses besoins.

Nous sommes donc en pleine évolution, et il n'est pas surprenant que devant une modification aussi rapide de la composition de la population par tranches d'âge, bien des problèmes individuels et médico-sociaux n'aient pas encore reçu de solution pleinement satisfaisante. Beaucoup a été fait, beaucoup reste à faire, d'autant plus qu'en même temps que des projets sont réalisés, le nombre des vieillards continue à s'accroître.

En cinquante ans, nous allons le voir, les espérances de vie à la naissance ont augmenté de plus de vingt ans, Entre 1805 et 1807, 11 pour cent seulement de la population atteignaient soixante ans et plus. Entre 1898 et 1903, les décès à l'âge de soixante ans et au-delà représentaient 13,8 % des morts ; entre 1933 et 1938 : 16 % ; entre 1946 et 1949 : 18,8 % ; ce qui a fait passer les espérances de vie à la naissance de 37 ans en 1805, à 69 ans et demi en 1949. Ces chiffres calculés chez l'homme, sont encore plus

frappants chez la femme, dont l'espérance de vie a passé de 41 ans en 1805 à 75 ans en 1949.

Aucun bénéfice particulier ni général ne serait obtenu de cette longévité si les années supplémentaires ainsi gagnées étaient attribuées à des infirmes, des grabataires, charges pour eux-mêmes, charges pour leur famille, pour la société. Mais les lois, les règlements sont faits pour la longévité d'il y a quelques décades ; de même, l'opinion du public, des employeurs, continue à considérer que quel qu'en soit l'état physique et mental, un sujet de 60 ou 65 ans est un vieillard de faible rendement, de maniement difficile, de grande fragilité.

Il faut savoir utiliser les qualités propres à la vieillesse, et la sagesse nestorienne, qui provient en réalité d'un allongement des chronaxies, d'un retard des réflexes psychiques, est également un avantage dont il faut savoir tirer parti. Il n'est pas plus question de comparer les fonctions organiques du vieillard à celles de l'adulte jeune, que de placer le vieillard à un poste requérant les qualités physiques et mentales de l'adolescent. Utiliser les moyens somatiques et psychiques du vieillard, tel doit être le but à rechercher. Mais en même temps, il faut obtenir du vieillard la conservation et le maintien de capacités utilisables. Trop de vieillards se réfugient volontairement dans une manière d'infantilisme pour échapper enfin aux responsabilités dont ils ont été accablés toute leur vie. Que ce type de déserteur ne vienne pas ensuite accuser la société de le rejeter !

Tout le problème de la vieillesse est

donc à reprendre à la base, qu'il s'agisse des opinions du public, de la législation, des habitudes, et aussi de la position de l'intéressé lui-même.

D'ailleurs, il y est aidé par le fait que le vieillard n'est plus un isolé au milieu d'une population d'adultes. Au contraire, et ceci explique nombre de nos difficultés économiques actuelles, l'adulte en France est en minorité, surchargé d'enfants et de vieillards en nombre toujours croissant. Et, si la présence de ces enfants est un gage prometteur pour l'avenir, le nombre des vieillards ne peut qu'alourdir la nation, et c'est pourquoi, il faut de plus en plus, que tous les sujets âgés soient utilisés dans la mesure de leurs capacités propres.

La notion essentielle à admettre, c'est la distinction entre l'âge chronologique et l'âge physiologique. LITTRE définissait la vieillesse :

"le dernier âge de la vie, dont on fixe le commencement à la soixantième année, mais qui peut être plus ou moins retardée ou avancée suivant la constitution individuelle, le genre de vie et une foule de circonstances."

Mais comment fixer les critères organiques et surtout fonctionnels de la sénescence si on la détache de l'âge chronologique ? Il nous est impossible de dissocier l'idée de vieillissement de la notion même du temps. De plus le comportement des organismes est très inégal, pour chaque sujet considéré, pour chaque moment de la vie, devant le déroulement du temps. Le temps mathématique diffère du temps physiologique, et cela d'autant plus que l'organisme considéré est

plus évolué. On comprend alors que la gérontologie se soit attachée à l'étude des altérations anatomiques et physiologiques dues à l'évolution spontanée de l'individu, et que la gériatrie ait étudié l'aspect particulier que revêtent les manifestations morbides lorsqu'elles apparaissent chez le vieillard, qu'il s'agisse d'affections propres à l'âge avancé, ou d'une forme gériatrique d'une affection commune à tous les âges.

Par conséquent, la conception de la vieillesse unitaire arbitrairement fixée par l'état-civil, doit faire place à la conception du vieillissement basé sur l'étude des processus qui conduisent les organismes à la mort par une défaillance progressive ne leur permettant plus d'assurer les fonctions fondamentales nécessaires à l'entretien de la vie.

"La sénescence n'est l'apanage que de rares organismes, car la vie de la plupart d'entre eux est écourtée par des facteurs accidentels. Dans une large mesure, la sénescence est une création dont la civilisation fait bénéficier l'homme et les animaux qui sont ses commensaux. La sénescence frappe irrégulièrement les divers appareils, et ses formes sont très diverses." (M. RENAUD)

Le vieillard est donc un être nouveau, longtemps inconnu parce qu'il a été supprimé avant d'être réévalué par la loi des sélections naturelles. C'est en outre un être non exceptionnel actuellement. On comprend qu'il nécessite une étude particulière, et surtout commande la prise de mesures propres à lui ménager dans la société la place qui lui revient, pour le plus grand bénéfice et du vieillard, et de la collectivité.

- II -

LES STATISTIQUES

-:-

L'accroissement de la longévité apparaît dans les statistiques établissant d'une part l'âge moyen de la mort, d'autre part la répartition de la population par tranches d'âge .

Consultons la courbe établie par BINET et BESSON, et qui montre que l'âge moyen de la mort à PARIS a passé progressivement de 40 ans en 1900 à 57 ans en 1957, ce qui représente en moins d'un demi-siècle un gain d'existence moyenne de 17 années.

D'autres courbes font ressortir que, par rapport au nombre total des décès enregistrés à PARIS de 1900 à 1950, le pourcentage du nombre des décès des personnes ayant dépassé la soixantaine, s'est considérablement élevé, tandis que le pourcentage des morts dans le groupe des jeunes de 0 à 19 ans a été sensiblement diminué. Comme cette régression affecte également, bien qu'à un degré moindre, le groupe des adultes de 20 à 55 ans, on voit que l'on peut bien parler de vieillissement de la population parisienne.

En 1900, le pourcentage des décès de 0 à 19 ans approchait de 26 %, et celui des personnes de plus de 65 ans atteignait à peine 22,5 % du nombre total des décès.

En 1950, alors que 50 % des Parisiens décé-

dés ont dépassé l'âge de 65 ans (ce qui fait plus que doubler le chiffre de 1900, qui était nous l'avons vu de 22,5 %), la proportion des décès qui frappe les jeunes de 0 à 19 ans, est tombée à 9 % (au lieu de 26 %).

Même si, ce qui est le cas, la catégorie des "plus de 65 ans" a numériquement augmenté depuis 1900 par rapport à l'effectif des jeunes de moins de 20 ans, il y a eu certainement accroissement de la durée moyenne de vie, accroissement qui s'est affirmé et s'est accéléré ces dernières années.

Les statistiques de BINET montrent qu'en 1900 :

- 58 % des Parisiens mouraient avant l'âge de 50 ans,
- 19,5 % entre 50 et 65 ans,
- 22,5 % après l'âge de 65 ans.

et qu'en 1950 :

- 24 % des Parisiens sont morts avant l'âge de 50 ans,
- 26 % entre 50 et 65 ans,
- 50 % après l'âge de 65 ans.

Les statistiques que nous a obligeamment communiquées le Bureau des Statistiques de France, s'expriment d'une part par espérance de vie à la naissance, d'autre part par composition de la population par tranches d'âge. Mais ce Bureau nous a également donné des chiffres vieux d'un siècle et demi.

En 1805-1807 : 10,9 % de l'ensemble des décès concernaient des sujets de 60 ans et au-dessus.

Ce chiffre était de :

- 13,8 % en 1898-1903
- 16 % en 1933-1938
- 18,8 % en 1946-1949

Pour les mêmes dates, les espérances de vie à la naissance ont été de :

- en 1805-1807 : 35,3 ans
- en 1898-1903 : 45,3 ans
- en 1933-1938 : 55,9 ans
- en 1946-1949 : 61,9 ans

Ces chiffres étant calculés pour le sexe masculin, et étant plus élevés pour la femme: 41 59,5 70,5 et 75 ans respectivement, comme "durée de vie probable", cette valeur étant pour l'homme de 37 54 63,5 et 69,5 (car les statistiques distinguent entre espérances de vie à la naissance et durée de vie probable en années).

Les tables de mortalité de la population française nous montrent en outre que les taux sont au plus faible entre 6 et 16 ans, pour progresser ensuite de façon pratiquement continue au fur et à mesure que l'âge augmente.

Actuellement (tables de 1955) :

- 8 % de la population est comprise entre 0 et 4 ans,
- 9 % entre 5 et 9 ans.
- 6,3 % entre 10 et 14 ans.
- 6,8 % entre 15 et 19 ans.
- 7,1 % entre 20 et 24 ans.
- 7,4 % entre 25 et 29 ans.
- 7,6 % entre 30 et 34 ans.
- 4,2 % entre 35 et 39 ans.
- 6,9 % entre 40 et 44 ans.

- 7,1 % entre 45 et 49 ans.
- 6,8 % entre 50 et 54 ans.
- 5,9 % entre 55 et 59 ans.
- 4,8 % entre 60 et 64 ans.
- 4,3 % entre 65 et 69 ans.
- 3,4 % entre 70 et 74 ans.
- 2,5 % entre 75 et 79 ans.
- 1,9 % ont 80 ans ou davantage.

Entre 25 et 64 ans, se situent 50,7 % de la population, et au-delà de 65 ans, 12,1 %.

Il s'agit donc là d'un effectif non négligeable, avec lequel il faut compter à tous les égards.

Nous avons donc vu PARIS, nous avons vu la FRANCE, qui connaissent un vieillissement de leur population.

Si nous nous limitons à une certaine catégorie de sujets, nous voyons que là encore, l'âge moyen augmente.

P. BAUMGARTNER a récemment rapporté à l'Académie des Sciences les résultats d'une enquête menée dans une usine française de 8.079 ouvriers entre 20 et 65 ans. Mais cette enquête avait un autre but, celui de montrer le vieillissement, par fléchissement du rendement exprimé par les courbes de salaires, puisque ces ouvriers étaient "payés aux pièces". On peut ainsi voir que vers trente ans ou peu après cet âge le rendement est à son maximum, pour décroître ensuite lentement ; une chute plus importante s'annonçant vers 50 ans, Le tracé prend une allure de chute rapide après 60 ans, ou la prendrait si des mesures sociales n'intervenaient.

PEQUIGNOT, lui, a calculé les modifications de l'âge moyen de la population d'un hospice de vieillards entre 1890 et 1955.

En 1895, la distribution des âges des vieillards de l'HOSPICE SAINTE-PERRINE se répartissait entre 50 et 90 ans, avec une moyenne de 69,3 ans. En 1955, les âges se sont distribués entre 66 et 99 ans, avec un âge moyen de 80,1 ans. L'évolution a été très régulière dans le déplacement de l'âge moyen. A cette évolution, PEQUIGNOT apporte une explication fournie par deux phénomènes :

- tout d'abord, l'âge d'entrée de plus en plus avancé, puisqu'il était de 68,8 ans en moyenne entre 1890 et 1899.

- de 76,9 ans en moyenne entre 1950 et 1955.

L'auteur ajoute d'ailleurs qu'il n'est pas possible de percevoir, dans ce recul de l'âge à l'entrée, la part qui pourrait revenir à un recul de "l'âge de la vieillesse", car on sait combien les délais d'attente pour entrer dans un hospice augmentent par suite des difficultés croissantes pour obtenir une place.

- Ensuite, l'accroissement de la durée de la vie, qui a fait passer l'âge moyen au décès de 76 ans en 1890-1899 à 85 ans en 1950-1955 (à SAINTE-PERRINE toujours). L'âge du vieillard à l'entrée a bien reculé, mais les durées de séjour, qui se superposent dans cette étude aux durées de survie, puisque tous les sujets qui figurent dans la statistique sont morts à l'hospice, ont elles aussi augmenté.

La durée moyenne de séjour qui était de 7,3 en 1890-1899, a passé à 10,4 en 1950-1955.

L'allongement général de la durée de la vie ne semble pas à lui seul expliquer le vieillissement de la population de cet hospice de vieillards. Car, puisque le vieillissement de la population a lieu à l'hospice, et malgré la

longévité accrue, on devrait voir diminuer la durée du séjour, ou de survie à partir de l'hospitalisation. PEQUIGNOT a comparé les durées de survie réelles des pensionnaires de l'hospice SAINTE-PERRINE aux espérances de vie théoriques données par les tables de mortalité françaises, et que nous avons citées plus haut. Or, que trouvons-nous ?

- Entre 1890 et 1899, la durée de survie réelle des vieillards de SAINTE-PERRINE a été inférieure de près de trois ans de l'espérance de vie observée dans la population générale, et pour une population du même âge.

- Entre 1950 et 1955, au contraire, la durée de vie réelle des vieillards hospitalisés a été supérieure de plus d'un an à l'espérance de vie de la population générale.

En prenant la base de 100, l'espérance de vie de la population générale est passée à 128 en 1950 pour les tranches de vie correspondant à celles de la population de l'hospice, soit de 55 ans à 85 ans.

Dans la même période, la durée de survie réelle des vieillards hospitalisés à SAINTE-PERRINE a passé des chiffres 72 à 142.

Cette durée a donc doublé, la progression ayant été interrompue par une régression transitoire correspondant à la période de guerre.

On peut chercher à ce vieillissement accru par rapport à la longévité générale des explications économiques et sociales, particularités de la population, recrutement des pensionnaires, fonctionnement de l'établissement, etc... Il est cependant intéressant, si l'on utilise la mortalité du vieillard (comme on

le fait pour la mortalité infantile) comme test de l'état sanitaire du groupe considéré, d'admettre une amélioration des conditions de vie, de l'alimentation, des soins médicaux.

Des statistiques basées sur des collectivités moins étendues ont donné des indications très analogues. A l'Hospice CHARDON-LAGACHE et à l'Hôpital ROSSINI, l'âge moyen des femmes présentes a passé de 71,7 ans en 1890 à 78,2 ans en 1955. A l'entrée, l'âge a là aussi reculé :

67,5 ans en 1890-1899 contre 75 ans en 1950-1955.

L'âge moyen des décès était de 76 ans en 1890-1899 et de 81,5 ans en 1950-1955.

Une population de 662 hommes hospitalisés a montré un vieillissement moins marqué, mais cependant présent encore. L'âge moyen des présents était de 74,8 ans en 1890 et de 78,1 en 1955 ; l'âge moyen à l'entrée, de 70 ans en 1890 et de 73 ans en 1955 ; l'âge moyen au décès, de 77 ans en 1890 et de 81 ans en 1955.

Autrement dit, on observe dans les hospices de vieillards un vieillissement très marqué de la population, qui comportait 9,5 % d'octogénaires en 1890 et 53,4 % d'octogénaires en 1955. Et malgré ce vieillissement, la durée moyenne du séjour a augmenté, ce qui correspond bien à une élévation de l'espérance de vie supérieure à l'abrègement du séjour par entrée à un âge plus avancé.

Il a donc fallu augmenter la capacité des hospices, faute de quoi, les places étant moins souvent libérées, la rotation étant ralentie, on aurait eu un nombre d'entrées

inférieur à ce qu'il était à la fin du siècle dernier. Nous voyons là une illustration très caractéristique des problèmes économiques posés, dans tous les domaines, par l'augmentation du nombre des vieillards présents, puisque chacun vit plus longtemps.

Enfin, les soins médicaux appropriés, dictés par les récentes acquisitions effectuées dans le domaine de la gériatrie, sont certainement pour beaucoup dans cette longévité accrue.

La "pneumonie des vieillards" qui, chaque hiver, faisait naguère une véritable hécatombe parmi les plus âgés et les plus débilés, est aujourd'hui bien souvent surmontée par les antibiotiques, l'oxygénothérapie, les cardiotoniques. Sir Winston Churchill, dont les accidents pulmonaires occupent depuis 15 ans, périodiquement l'actualité, illustre bien cette lutte victorieuse de la médecine gériatrique contre la stase pulmonaire sénile, génératrice d'oedème du poumon, d'insuffisance cardiaque bientôt irréductible.

Voyons, d'ailleurs, comment fonctionnent les services médicaux d'un hospice de vieillards. Au total, SAINTE-PERRINE, l'Hospice ROSSINI et l'Hospice CHARDON-LAGACHE totalisaient en 1954, 519 pensionnaires en traitement dans les infirmeries, 102 de ces malades, soit 20 % étaient traités à l'infirmerie commune, dont 80 % depuis plus de trois mois, 72 % depuis plus de six mois, 51 % depuis plus d'un an, certains y étaient depuis huit années.

On voit par conséquent la nécessité d'équiper de plus en plus les hospices de vieillards dans le sens d'un service de soins pour chroniques, ce qui est inévitable avec une population d'un âge moyen de 80 ans.

- III -

PHYSIOLOGIE DE LA SENESCENCE

-:-

Il ne faut pas prendre pour des phénomènes pathologiques l'involution qui normalement accompagne la vieillesse. Nous ne saurions trop répéter que celle-ci comporte un équilibre fonctionnel particulier, sans rapport avec celui de l'adulte ou de l'enfant, et qu'il n'y a pas lieu de corriger tant qu'il est compatible avec un état objectif et subjectif satisfaisant. Tant que la vieillesse est bien tolérée, elle n'a pas à être traitée.

L'involution physiologique est perceptible d'après les fonctions, les bilans, les constantes biologiques, et d'après les aspects morphologiques des tissus, macro et surtout microscopiquement.

Le complexe symptomatique qui caractérise la vieillesse, elle-même difficile à définir, comporte, selon S. GROEN :

- une série de processus assez mal connus, d'ordre biochimique, qui se déroulent dans le protoplasme et le tissu intercellulaire, et sur lesquels nous reviendrons ;

- un hypogonadisme physiologique,

- une recrudescence des affections vasculaires ou tumorales ;

- l'accumulation des effets néfastes de certaines lésions chroniques ;
- la diminution de la faculté d'adaptation ;
- certaines modifications psychiques enfin.

L'être humain ne meurt pas d'une mort biologique du cytoplasme, mais parce qu'un ou plusieurs organes viennent à défaillir, rompant l'unité physiologique ; le vieillissement est dû à la transformation d'un ou plusieurs organes ou systèmes rendant plus difficile l'adaptation au milieu extérieur. Le métabolisme diminue. La teneur en eau de certaines cellules diminue ; la lipogenèse augmente, et il se produit une déposition de calcium dans quelques tissus, cérébral, artériel. Les dimensions des noyaux cellulaires augmentent ainsi que leur teneur en chromatine, ce qui est en rapport avec des modifications des acides ribonucléique et désoxyribonucléique.

M. RENAUD a repris le problème des rapports entre sclérose (vasculaire surtout) et vieillissement, pour dissocier ces deux phénomènes. Un tiers des octogénaires examinés par lui, et présentant tous les caractères de la grande sénilité, présentaient un appareil cardiovasculaire indemne de toute sclérose ; celle-ci ne peut donc pas servir de mesure au vieillissement et n'en est pas un facteur primordial et nécessaire. La sclérose n'est que la compagne habituelle du vieillissement dont elle aggrave l'évolution. Elle relève sans doute en partie de facteurs accidentels sur lesquels il serait peut-être possible d'intervenir.

Les diverses glandes endocrines subissent, au cours de la sénescence des processus patho-

logiques communs à tous les autres organes et tissus. Chez le vieillard, on remarque une atrophie plus ou moins marquée des divers tissus endocriniens avec hypertrophie du stroma, sclérose souvent envahissante.

Cette involution sénile varie d'intensité selon les divers tissus glandulaires, les glandes génitales paraissent vieillir beaucoup plus rapidement, surtout chez la femme, que les autres organes, anté-hypophyse par exemple, et corticosurrénale, qui conservent un aspect très actif même chez les grands vieillards. Le pourcentage des cellules basophiles augmente, et ce n'est souvent que très tardivement que l'on observe un appauvrissement global en cellules chromophiles, remplacées par des cellules chromophobes qui témoignent de l'involution fonctionnelle de la glande.

L'élaboration d'ACTH, de thyroéostimuline paraît normale, et le taux de FSH reste très élevé chez les sujets âgés.

La thyroïde subit une involution à partir de l'âge de 60 ans avec réduction des dimensions des follicules, appauvrissement en colloïde ; les épreuves de captation d'iode marqué montrent également cette régression fonctionnelle de la thyroïde. Mais cette régression connaît de grandes différences individuelles.

On trouve assez fréquemment chez le vieillard une hyperplasie corticosurrénale aux dépens de la zone fasciculée. L'excrétion des 11 oxystéroïdes demeure normale, la corticosurrénale répond de façon satisfaisante aux injections d'ACTH, le fonctionnement de l'axe hypophyso-surrénal paraissant,

donc, conservé. L'excrétion des hormones androgènes est par contre diminuée, par involution des glandes génitales et hyposécrétion de la fraction surrénale de ces hormones. L'involution génitale est très lente chez l'homme, le déclin sexuel dépendant non seulement de la régression testiculaire, mais du ralentissement général des fonctions physiques et psychiques. L'arrêt de maturation des spermatozoïdes est très tardif.

Chez le grand vieillard, BINET et BOURLIERE l'ont montré, le métabolisme de base et la dépense calorique de fond sont très abaissés. Cependant, l'iodémie plasmatique demeure normale, alors que la cholestérolémie s'abaisse légèrement. L'hypoactivité thyroïdienne serait donc liée à une adaptation de cette glande à une réduction des besoins organiques, plutôt qu'à une véritable hypothyroïdie.

WARTER a, lui aussi, constaté que le taux d'élimination urinaire des stéroïdes d'origine surrénale diminuait progressivement avec l'âge, les 17-cétostéroïdes étant les plus précocement atteints, les corticoïdes ne diminuant que très tardivement. A l'épreuve par l'ACTH, la surrénale sénile répond par trois types de courbes :

- ou bien les chiffres sont quasi-normaux au départ, avec faible réponse réactionnelle à la corticostimuline ;

- ou bien courbe du type des insuffisances surrénales d'origine hypophysaire ;

- ou bien encore, courbe traduisant l'épuisement fonctionnel de la glande.

Le rein du vieillard, étudié par L. BINET, montre des lésions histologiques surtout

interstitielles avec souffrance tubulaire prédominante, mais aussi lésions notables des glomérules et des artères. L'excrétion de l'eau et des électrolytes reste normale. On trouve souvent une albuminurie légère, une cylindrurie discrète, avec quelques hématies. L'excrétion azotée est diminuée parallèlement à l'âge, ainsi que l'excrétion de la phénol-sulfonephtaléine. La clearance glomérulaire est diminuée sans doute par diminution du taux de filtration.

La clearance tubulaire décroît plus encore, surtout aux basses concentrations, sans doute par diminution du flux plasmatique efficace à travers le rein. Par contre, la fraction de filtration donnée par le rapport clearances du mannitol/clearances du P A H est légèrement augmentée. La diminution fonctionnelle du tubule et son incapacité à répondre à une incitation hormonale apparaissent des chiffres abaissés de l'épreuve de concentration à la post-hypophyse.

Le poumon du vieillard a été bien étudié par H. BOUR sous l'autorité de Monsieur le Doyen L. BINET chez 60 femmes de plus de 63 ans. Les conclusions ont été :

une modification de la fonction de ventilation, dans le sens d'une chute de la capacité vitale de plus de 50 %, avec un air courant modifié seulement par une diminution de 25 % (370 cm³). La ventilation minute est normale du fait de l'accélération du rythme respiratoire. L'air complémentaire est fortement diminué, de 50 % en moyenne alors que l'air de réserve est effondré, et égal à zéro. C'est la composante la plus profondément et la plus précocement troublée des éléments de la capacité vitale.

La ventilation maxima minute mesurée et exprimée sur 30 secondes est très abaissée, à 12 ou 13 litres en 30 secondes au lieu de 35 litres. Ces modifications sont présentes dès l'âge de 60 ans, il a donc fallu que la décompensation de la fonction de ventilation apparaisse plus tôt, entre 50 et 60 ans.

Par conséquent, la fonction de ventilation est très perturbée chez le vieillard, par dissociation entre le pouvoir d'inspiration, encore valable, et le pouvoir d'expiration très diminué. Il y a donc un trouble grave de la diffusion des gaz et de leur mélange intrapulmonaire. On trouve en outre une forte diminution des réserves ventilatoires, la perte du pouvoir d'expiration relevant sans doute de multiples facteurs thoraciques, musculaires, diaphragmatiques, pulmonaires par sclérose broncho-vasculaire, par distension emphysémateuse du poumon.

La seconde grande modification est un trouble de la fonction respiratoire. pour consommer 100 cm³ d'oxygène, l'adulte normal ventile 1,8 à 2,5 litres d'air, le vieillard en ventile 3,5 litres. Par litre d'air inspiré, l'adulte consomme 60 cm³ d'oxygène, le vieillard 30 à 35 cm³ seulement ; pour lui il faut donc une ventilation importante pour assurer une respiration tissulaire encore médiocre.

Cependant le sang et le milieu intérieur sont peu modifiés par la vieillesse. Il y a cependant une tendance à la baisse du taux des hématies, surtout après 60 ans, une atrophie du tissu lymphoïde, une diminution du volume de la moelle rouge, une légère élévation de la résistance capillaire, une faible diminution du volume du sang. La réserve alcaline, le pH sont un peu abaissés alors que le cal-

cium et le potassium sont légèrement augmentés.

Du point de vue du système musculaire, la fatigabilité est en fonction non de l'âge chronologique, mais du degré de sénilité. Les chronaxies musculaires au repos ne sont pas modifiées, mais les chronaxies dynamiques donnent un syndrome myasthénique caractérisé (BOURGUIGNON). Par ailleurs, les chronaxies vestibulaires ne varient pas avec l'âge, simplement dans un groupe de vieillards, on trouvera moins fréquemment des chronaxies au minimum encore normal, surtout en rapport avec l'émotivité du sujet, puisque c'est la diminution de l'émotivité avec l'âge, la "sagesse des vieillards" qui expliquent que les chronaxies vestibulaires soient plus élevées ; ce que l'on peut également expliquer par l'augmentation du temps de réaction psychomotrice.

Quant aux chronaxies neuromusculaires, elles demeurent constantes avec l'âge.

Les modifications tissulaires de l'ensemble de l'organisme intéressent au premier chef le tissu conjonctif et les substances intercellulaires. Pour DELAUNAY, la sénescence est marquée par deux modifications quasi-constantes :

- l'involution pondérale des organes,
- l'atteinte profonde de la trame conjonctive. Au niveau de la peau, on trouve une dégénérescence et une pigmentation des fibres collagènes du derme, des modifications structurales et chromatiques des fibres élastiques;
- au niveau du coeur, une augmentation du tissu élastique ;

- au niveau des poudons, des ectasies bronchiques fréquentes, des scléroses apicales ;

- au niveau du foie, une hyperplasie du tissu réticulaire.

Dans les cartilages, les fibres élastiques sont accrues, avec relâchement et hypotonie de tous les appareils conjonctifs de soutien et de fixation ; dans la rate et les organes lymphatiques, on trouve une réduction du tissu noble, un accroissement du stroma collagène. Au niveau du système nerveux, la névroglie est augmentée.

Pour DELAUNAY, le vieillissement du tissu conjonctif et des substances intercellulaires doit se jouer au niveau des processus de polymérisation et de dépolymérisation dans la substance fondamentale, et dans les rapports qui unissent la substance fondamentale et les dispositifs collagènes, enfin dans les liaisons qui unissent les chaînes polypeptidiques dans les protofibrilles, et les protofibrilles dans les fibrilles collagènes.

Les causes profondes du vieillissement ne seront vraiment connues que lorsqu'on aura pu découvrir les manifestations les plus intimes de la "vie" du complexe colloïdal que forme la trame conjonctive.

°°

De cette étude, il apparaît que si les altérations morphologiques des organes et des tissus sont importantes au cours de la sénescence, par contre bien des fonctions demeurent normales ou subnormales ; certaines connais-

sent un ralentissement qui réalise une véritable économie des moyens et constitue un nouvel équilibre très compatible avec une longue survie dans des conditions objectives et subjectives encore satisfaisantes.

DEDUCTIONS PRATIQUES

-:-

Du vieillissement de la population, des processus qui marquent cette involution physiologique de la sénescence, on peut tirer quelques déductions pratiques, fort diverses d'ailleurs, puisqu'elles vont des moyens thérapeutiques et physiques réalisant le régime de vie optimum du vieillard, aux décisions purement psychologiques et aux réalisations purement économiques et médicosociales.

Du point de vue de la vie du vieillard, il est évident que celle-ci doit continuer l'activité du sujet à l'âge adulte, les capitulations successives devant être aussi tardives, aussi progressives, aussi réduites que possible. Un sujet qui vieillit physiologiquement, et non pathologiquement, saura très bien, à lui seul, fixer ses besoins de repos, d'activité, d'alimentation.

Quant au traitement préventif sinon de la vieillesse, au moins de ses troubles pathologiques, on sait tout le parti que l'on peut tirer de la stimulation de l'anabolisme protidique chez l'homme par certaines hormones ; les androgènes ont chez le sujet sénile non seulement pour effet de stimuler la libido et le psychisme, mais aussi celui de freiner l'involution de certains organes . Les essais de rajeunissement, implants de testostérone, greffes testiculaires, cures d'oestrogènes, opération de Steinbach, sérum de Bogomoletz,

n'ont pas des indications très générales. Car en essayant de revigorer une fonction, on n'agit pas sur l'ensemble du milieu intérieur, ni sur les lésions artériocapillaires. Il ne s'agit donc pas de rajeunissement, mais de revigoration, aux résultats généralement transitoires. Le rajeunissement esthétique peut rendre des services par le choc moral bienfaisant qu'il provoque.

Pour retarder l'échéance de la vieillesse, il faudrait pouvoir s'attaquer aux modifications du milieu intérieur et aux troubles circulatoires. Mais ceux-ci et celles-là, nous l'avons vu, dépendent de faits physico-chimiques et physiologiques complexes sur lesquels nous ne sommes pas encore bien renseignés.

L'application d'une hygiène préventive tout au cours de la vie, depuis l'enfance et l'adolescence jusqu'à l'âge adulte, hygiène physique, professionnelle, alimentaire et surtout morale, cures de repos, diète, surveillance de l'état général par des visites médicales régulières, doivent mener à une vieillesse aussi supportable que possible. Le vieillard doit évoluer dans un milieu calme et agréable, chercher à attirer les jeunes, les actifs, se mettre à un régime alimentaire convenable, ni insuffisant, ni monotone, ni surtout insuffisant et carencé.

La valeur calorique du régime doit être élevée, les protides doivent y figurer sous une forme assimilable ; les vitamines, les sels de calcium, de magnésium, sont utiles. Les grands repas seront exclus au profit de petites prises d'aliments fréquemment renouvelées, ce que le vieillard fait d'ailleurs de lui-même.

Sur le plan psychique, le vieillard ne doit pas se sentir exclu de l'activité de son siècle, et doit faire des efforts pour s'y intéresser. Il faut savoir que la tendance spontanée des sujets âgés est le repli sur soi-même, souvent par ouïe déficiente, lenteur de réactions, mentalité faite de passivité, de résignation, d'indifférence, et d'égoïsme. Si un tel ralentissement des échanges physiques et psychiques favorise peut-être la prolongation d'une vie végétative, celle-ci n'a plus rien d'enviable, et mieux vaudrait l'abréger par une activité plus intense. Il ne faut surtout pas que les dernières années de la vie s'écoulent dans l'indifférence, dans l'acceptation de la mort, conclusion nécessaire puisqu'à ce moment, "l'homme chassé du paradis terrestre, ayant usé toutes les ressources de son être, n'a plus d'obligation ni d'utilité en ce monde".

Tout ce qui peut continuer à donner au vieillard l'impression d'une utilité, d'une responsabilité même, doit être mis en oeuvre.

C'est pourquoi alors même que l'hospitalisation devient nécessaire, celle-ci ne doit pas prendre en charge le vieillard au point de lui faire renoncer à toute activité, sauf absolue nécessité. En particulier, chez les vieux couples, la séparation est absolument inhumaine, et les établissements type "Petits Ménages" devraient être multipliés. Dans la mesure du possible, le vieillard doit continuer à vivre chez lui. WIBAUX et HUET indiquaient récemment que "nous avons de plus en plus de vieillards à aider, auxquels nous devons gratitude, amour et respect".

Il faut donc organiser l'assistance, dont le point de départ naturel est la commune.

Le bureau municipal d'aide sociale aura donc une triple activité : la surveillance, par une assistance sociale spécialisée, du vieillard vivant à son domicile :

la liaison avec l'hôpital gériatrique placé sous le contrôle d'un médecin qualifié en gériontologie ;

l'organisation de l'assistance à domicile.

L'aide à domicile par une travailleuse familiale permet de laisser le vieillard dans le milieu où il a vécu. WIBAUX souhaite que dans les constructions HBM ou HLM, on réserve des logements au rez-de-chaussée et au premier étage pour les vieillards.

La maison de retraite, peu en faveur en France, pays de l'individualisme et de l'indépendance à tout prix, devra être réformée. La chambre individuelle ou pour le couple, doit en être la base. De toutes façons, le vieillard malade ne doit pas être traité dans un hôpital ordinaire, où il fait figure d'intrus, d'indésirable, en occupant longuement un lit si utile pour les passages plus rapides. C'est en somme un incurable souvent, qui doit être orienté vers une unité gériatrique rattachée à un centre hospitalier régional, géré par un personnel spécialisé. Si la collectivité aura ainsi à participer à de nouvelles dépenses, par contre cette organisation libérera de nombreux lits d'hôpital. "Il y a là une oeuvre humaine à mettre à exécution, digne de notre temps".

Par ailleurs, une réforme profonde s'impose, tant dans les tendances de pensée que dans les règlements, qui d'ailleurs vient bien à son heure, puisqu'il y a pénurie généralisée des hauts personnels spécialisés : nous vou-

lons parler de l'âge de la retraite , qui sera à fixer non plus aveuglément d'après l'âge chronologique, mais d'après l'âge physiologique. Parce qu'un médecin a atteint un certain nombre d'années, il faut qu'il quitte un poste hospitalier ou universitaire où il rendait de grands services. Si cette retraite est indispensable, qu'elle soit au moins utilisée pour une nouvelle affectation en rapport avec les possibilités actuelles du "vieillard".

De même, l'emploi des sujets de plus de 65 ans, dans l'industrie, le commerce, l'enseignement, les diverses fonctions publiques, doit être envisagé, lorsqu'il y a besoin de travailleurs, d'une part, et lorsque les capacités du "retraité" sont encore utiles à la collectivité. Mais ce sont des postes particuliers qu'il faut au vieillard, où soient employés à la fois leur expérience, leur sagesse, mais aussi leur lenteur et leur diminution d'adaptation.

Nous nous trouvons donc devant un problème aux aspects multiples, et qui, par conséquent, demande des solutions multiples et quelque peu révolutionnaires. Mais c'est un problème qui s'impose, puisqu'il concerne plus d'un dixième de la population française, le reste du pays étant obligatoirement solidaire de ces questions.

CONCLUSIONS

-:-

I.- La durée de la vie a considérablement augmenté depuis un demi-siècle, ce qui a profondément modifié la composition même de la population française, et posé toute une série de problèmes, hygiène et santé publiques, économie, marché du travail, et aussi problèmes individuels, à la fois physiques et psychologiques.

II.- Les statistiques sont là pour montrer à la fois l'élévation de l'espérance de vie à la naissance, l'augmentation de la durée moyenne de la vie, ce qui conditionne un vieillissement de la population. Période de transition sans doute, pendant laquelle la tranche adulte de la population a la charge de très nombreux enfants, et d'un nombre croissant de vieillards.

III.- Après avoir cherché à définir (ce qui est bien difficile, sinon impossible) la vieillesse, nous avons envisagé les modalités physiopathologiques de la sénescence naturelle au niveau des différents appareils, organes et tissus. Cette sénescence n'est ni uniforme, ni globale, ni surtout générale. Pour l'apprécier chez un individu donné, il vaut mieux explorer l'état fonctionnel que rechercher les lésions organiques ; car les deux notions ne sont pas forcément parallèles.

IV.- Sur le plan pratique, il faut actuellement rechercher les moyens de prévenir, de retarder et d'atténuer les effets de la sénescence, et pour cela la gériatrie, science nouvelle, nous apporte ses précieuses indications. Il faut aussi orienter le psychisme du vieillard, lui donner un milieu approprié, et cela la gérontologie nous y aide. Des mesures médicosoçiales, des réformes d'opinion et de règlements, utiliseront au maximum les capacités souvent précieuses des vieillards, à condition qu'elles puissent s'exercer dans les conditions nouvelles créées par l'âge.

-:-

Vu :
Le Président :
signé : L. BINET

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

--

P. BAUMGARTNER

Etude sur le vieillissement dans la
classe ouvrière à l'aide des courbes
de salaires
C.R. Acad. Sciences 21 janv. 1957

L. BINET, Cl. LAROCHE, G. MATHE

Contribution à l'étude du rein sénile
Presse Méd. IX pages 1211-1212 20 sept.
1952

L. BINET

Considérations sur la longévité
Arch. Hosp. XXV pages 263-265 Août 1953

L. BINET, A. BESSON

Etude statistique de la longévité des
Parisiens au cours du dernier demi-
siècle
Arch. Hosp. XXV pages 265-267 Août 1953

L. BINET, F. BOURLIERE

Les bases physiologiques des phénomènes
de sénescence
Assoc. Fr. Biol. Méd. Symp. Biologie
Vieillard Paris 5 Avril 1954
Congrès d'Hygiène Paris oct. 1955

H. BOUR

Remarques sur le poumon du vieillard
Assoc. Fr. Biol. Méd. Paris 5 Avril 1954

P. CHAILLEY-BERT

Les activités de l'âge mûr

Arch.Hosp. XXV pages 269-272 Août 1953

J. DARIC

Le vieillissement de la population
en France

XXXVème Congr.Hyg.Paris Oct. 1955

A. DELAUNAY

Le vieillissement du tissu conjonctif
et des substances intercellulaires

Symp.Biologie Vieillard Paris 5 Avril
1954

H. DESTREM

La place des bilans périodiques de
santé dans la prévention du vieillisse-
ment humain

XXXVème Congr. Hyg. Paris oct. 1955

J. DUBLINEAU

Influence de la sénescence sur l'acti-
vité mentale et la psychologie de la
vieillesse

Journ.Etudes Scientif.Vieill. Avril
1948

R. de GRAILLY

Conférence sur la vieillesse

Soc.Méd.Chir.Bordeaux 30 Avril 1954

Cl. LAROCHE

Glandes endocrines et sénescence

Symp.Biologie Vieillard Paris 5 Avril
1954

G. MATHE

Le sang et le milieu intérieur du
sujet âgé

Ass.franç.Biol.Méd.Paris 5 Avril
1954

M.Th. MEYER-OULIF

Prophylaxie de la vieillesse
Arch.Hosp. XXV pages 280-283 Août
1953

H. PEQUIGNOT, G. ROSCH, Y SALOMON

Le vieillissement dans un hospice de
vieillards
Presse Méd. LXV pages 1574-1575 2 Oct.
1957

M. PESTEL

Vieillesse et vieillissement
Presse Méd. LVII pages 491-492 28 mai
1949

M. RENAUD

Considérations préliminaires à l'étude
de la sénescence
Bull.Acad.Méd. 20 Nov. 1951
Sclérose et vieillissement
Bull.Acad.Méd. 15 Janv. 1957

A. ROCHA

Problèmes généraux concernant la diété-
tique de l'âge sénile
IIIème Jour.Diét.Rome 24 Sept. 1955

J. SUTTER

Age physiologique et âge chronologique
Etude Sc. Vieillissement pages 54-60
Avril 1948

VINCENT

La mortalité des vieillards
Population n° 2 1951

J. WARTER, J. SCHWARTZ, E. PIVEL

L'exploration surrénale chez le vieil-
lard
Assoc.Fr.Biol. Méd.Paris 5 Avril 1954

R. WIBAUX, J.A. HUET

Mesures médico-sociales à prendre en
faveur des gens âgés

Rapport au XXVème Congrès d'Hygiène
oct. 1955

Symposium International sur les processus
biologiques fondamentaux du vieillissement,
Gatlinburg (USA) 2-3 mai 1957.

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-

